

給与等に関する証明書

〔京都府市町村職員共済組合
被扶養者申告専用〕

氏名 _____ は下記の条件で勤務していることを証明します。

記

1 雇用開始年月日 年 月 日 (雇用条件変更の場合 年 月 日)

2 健康保険等の適用 有 ・ 無

3 雇用保険の適用 有 ・ 無

4 賃金支払方法

①時間給 (円) ②日給 (円) ③月給 (円)

5 諸手当及び賞与等

①諸手当等 有・無 種類 支給額 円 支給時期 (月)

②賞与 有・無 種類 支給額 円 支給時期 (月)

6 勤務形態

①1日の勤務時間 時から 時まで (時間)

②1月の勤務日数 日間

7 賃金の支給額 (過去12ヵ月の状況) ※ 交通費等、諸手当含む

支給年月	総支給額 (円)	支給年月	総支給額 (円)
令和 年 月		令和 年 月	
令和 年 月		令和 年 月	
令和 年 月		令和 年 月	
令和 年 月		令和 年 月	
令和 年 月		令和 年 月	
令和 年 月		令和 年 月	
令和 年 月 賞与		令和 年 月 賞与	

令和 年 月 日

住所 (所在地)

事業所名

代表者氏名

印